

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1940-1941. N° 45.

---

**L'Arthrite Suppurée  
de la Symphyse pubienne  
d'origine puerpérale**

**Étude anatomique et clinique  
d'après 5 observations personnelles**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON  
*et soutenue publiquement, le 30 mai 1941.*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Jean EYSSAUTIER**

*Interne des Hôpitaux de Lyon*

*Croix de Guerre 1939-40*

Né le 13 août 1912, à Bourg (Ain)



BOURG  
IMPRIMERIE BERTHOD

1941



**L'Arthrite Suppurée  
de la Symphyse pubienne  
d'origine puerpérale**

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| Doyen honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ. |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE.    |
| Assesseur .....       | M. A. MOREL.     |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,  
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSFRAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET  
BÉRARD, COURMONT, GUIART, PIÉRY

## PROFESSEURS

|                                                         |                               |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Cliniques médicales .....                               | MM. FROMENT<br>SAVY           |
| Cliniques chirurgicales .....                           | PATEL<br>LERICHE (en mission) |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....            | VORON                         |
| Clinique ophtalmologique .....                          | BONNET                        |
| Cliniques dermatologique et syphiligraphique .....      | FAVRE                         |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....            | LEPINE (J.)                   |
| Clinique médicale infantile .....                       | MOURIQUAND                    |
| Clinique gynécologique .....                            | COTTE                         |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                 | REBATTU                       |
| Clinique urologique .....                               | CIBERT                        |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....    | TAVERNIER                     |
| Clinique et prophylaxie de la tuberculose .....         | X...                          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                | CHALIER (J.)                  |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie ..... | PONTHUS                       |
| Chimie biologique et médicale .....                     | FLORENCE                      |
| Chimie organique et Toxicologie .....                   | MOREL                         |
| Matière médicale et Botanique .....                     | MANCEAU                       |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....      | X...                          |
| Anatomie .....                                          | LATARJET                      |
| Histologie .....                                        | POLICARD                      |
| Physiologie .....                                       | HERMANN                       |
| Pathologie interne .....                                | CORDIER                       |
| Pathologie générale et thérapeutique .....              | CADE                          |
| Anatomie pathologique .....                             | J. F. MARTIN                  |
| Chirurgie opératoire .....                              | SANTY                         |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..   | ARLONG (F.)                   |
| Médecine légale .....                                   | MAZEL                         |
| Hygiène .....                                           | ROCHAIX                       |
| Pharmacie et Pharmacologie .....                        | LEULIER                       |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....          | X...                          |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                                      |                      |
|------------------------------------------------------|----------------------|
| Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale ... | MM. THEVENOT (Léon). |
| Chargé d'un cours d'Embryologie .....                | NOEL                 |

## AGREGES

|              |             |            |                |
|--------------|-------------|------------|----------------|
| MM.          | MM.         | MM.        | MM.            |
| GABRIELLE    | P. RAVAUULT | CLAVEL     | FROMENT (R.)   |
| CHAMBON      | PIGEAUD     | LEVRAT     | MARTIN (P.-E.) |
| REVOL        | CROIZAT     | BANSSILLON | MOUNIER-KUHN   |
| ENSELME      | DELORE      | MALLET-GUY | BROUSSY        |
| SEDALLIAN    | JOSSERAND   | ROMAN      | PIFFAULT       |
| CREYSSSEL    | MORIN       | PEYCELON   |                |
| DE ROUGEMONT | BERTRAND    | JOURDAN    |                |

## EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. VORON, *président*; TRILLAT, *assesseur*;  
POLLOSSON et PIGEAUD

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

# L'Arthrite Suppurée de la Symphyse pubienne d'origine puerpérale

Étude anatomique et clinique  
d'après 5 observations personnelles

---

Travail de la Maternité de l'Hôtel-Dieu (Service du D<sup>r</sup> TRILLAT)

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON  
*et soutenue publiquement, le 30 mai 1941.*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Jean EYSSAUTIER**

*Interne des Hôpitaux de Lyon*

*Croix de Guerre 1939-40*

Né le 13 août 1912, à Bourg (Ain)



BOURG  
IMPRIMERIE BERTHOD

---

1941



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES ONCLES ET A MA TANTE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS DU 58<sup>e</sup> R. A. D.

ET A LA MÉMOIRE DE CEUX D'ENTRE EUX  
QUI SONT TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES CAMARADES D'INTERNAT ET D'EXTERNAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Accoucheur des Hôpitaux.

Professeur de Clinique Obstétricale.

*Il nous a fait le grand honneur d'accepter  
la présidence de notre thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression  
de notre gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. TRILLAT

Accoucheur de l'Hôtel-Dieu.

*Au cours d'un semestre fructueux nous avons pu apprécier la clarté de ses vues cliniques et la richesse de son enseignement.*

*Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a aidé à sa rédaction par ses conseils et par la documentation de son service.*

*Nous ne saurions trop l'en remercier et nous le prions de bien vouloir accepter ici l'expression de notre très vive reconnaissance.*

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIGEAUD

Accoucheur des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

*Ils nous ont toujours montré la plus  
grande bienveillance.*

*Ils ont bien voulu nous faire l'honneur  
de faire partie de notre jury de thèse.*

*Qu'ils veuillent croire à notre reconnais-  
sance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

*Externat :*

MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE  
MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMINET  
MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET  
MONSIEUR LE DOCTEUR GARIN  
MONSIEUR LE DOCTEUR GATÉ  
MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

*Internat :*

MONSIEUR LE DOCTEUR BERNHEIM  
MONSIEUR LE DOCTEUR LEVRAT  
MONSIEUR LE DOCTEUR TRILLAT  
MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT (de Giens)

*C'est à eux que nous devons notre formation médicale.*

*Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de notre gratitude.*

A MES CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

HENRY EDEL (in memoriam)

MARCEL DARGENT

JEAN ROGET

ALBERT TRILLAT

*Qui ont droit à toute notre reconnaissance et à toute notre estime.*

A LA MÉMOIRE D'ANDRÉ POLICARD

*Notre camarade de conférence dont l'amitié nous honorait.*

## INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention d'aborder un sujet neuf. Nous rassemblons ici des documents épars et nous apportons quelques observations inédites d'une complication moins rare qu'on ne le croit du post partum. Nous suivons en cela le conseil formulé par HERVIEUX, dans son traité des maladies puerpérales :

« J'appelle la réflexion des pathologistes sur les articulations du bassin qui sont assez souvent prises, pour que VELPEAU considère l'inflammation suppurative de ces jointures, comme le point de départ de phlegmatia chez les accouchées. Ces arthrites pourraient faire l'objet de travaux intéressants, aussi nous recommandons ce sujet d'étude à nos successeurs ».

MANTELIER qui rappelle ces directives dans sa thèse lyonnaise de 1923, consacre celle-ci à l'étude des arthrites sacro-iliaques aiguës puerpérales.

Puissions-nous achever de remplir la mission prescrite et décrire à notre tour, comme une entité morbide bien définie, l'arthrite pubienne aiguë puerpérale.

Notre Maître le D<sup>r</sup> TRILLAT en nous indiquant ce sujet et en nous fournissant cinq observations récentes, nous fait donc grand honneur et nous l'en remercions.

Pour entreprendre l'étude de ces arthrites, il n'est pas inutile de rappeler quelques détails anatomiques et physiologiques sur la symphyse pubienne.

Nous donnerons ensuite la description clinique que nous retrouvons avec peu de variantes dans les observations que nous apportons et dans celles que nous avons lues dans la littérature médicale de ces dernières années.

De l'interprétation de ces observations nous essaierons de dégager quelques conclusions sur la pathogénie et le traitement de cette affection...

## RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

La symphyse pubienne est faite de l'articulation des deux pubis, réunis par un ligament interosseux, dans un manchon périostique que renforcent quelques ligaments.

Les 2 pubis présentent comme surfaces articulaires 2 ovales lisses et réguliers recouverts d'une couche de cartilage.

Le ligament interosseux qui unit intimement ces deux surfaces pubiennes est un fibro-cartilage exactement comparable à un disque intervétébral; il présente en effet deux parties distinctes : une portion périphérique dense, dure, résistante, faite de fibres allant d'un pubis à l'autre dans un trajet plus ou moins circulaire, et une portion centrale molle et friable.

Cette portion centrale est creusée d'une fente à grand axe antéro-postérieur, qui peut devenir une véritable cavité à prolongements villiformes.

L'absence de synoviale caractérise les amphyarthroses, sa présence les diarthroses, la symphyse pubienne étant une formation mixte est le type des diarthroamphiarthroses.

Ce ligament interosseux, par sa forme, semble s'enfoncer comme un coin entre les deux pubis et il est fixé dans cette position par un manchon fait de la continuation du périoste pelvien.

Ce manchon périostique est renforcé en avant par des fibres entrecroisées qui sont des expansions tendineuses appartenant aux insertions musculaires sur le pubis.

A sa partie inférieure, ce manchon périostique est renforcé par des fibres arciformes qui unissent les deux branches ascendantes des pubis : c'est le ligament arqué qui constitue le véritable élément de solidité de la symphyse, celui que le symphyséotomiste doit sectionner pour obtenir un écartement satisfaisant des pubis.

Les deux points faibles de ce manchon périostique sont : le bord supérieur qui sépare la symphyse du cavum supra pubicum, espace celluleux sus-pubien séparant les muscles droits de l'abdomen du fascia transversalis, et la face postérieure qui est en rapport avec la cavité de Retzius, autre espace celluleux qui remonte jusqu'à l'ombilic et qui s'étend en arrière, sur les flancs de la vessie.

C'est là l'explication anatomique des fusées purulentes dont l'origine est symphysaire. On peut donc les atteindre chirurgicalement en passant par la ligne blanche au-dessus de la symphyse. Le drainage au point déclive se heurterait aux rapports inférieurs de la symphyse, rapports vasculaires et uréthraux.

La vascularisation de cet article est réalisée schématiquement par une arcade sus-pubienne tributaire de l'épigastrique, rétro-pubienne venant de l'obturatrice, sous-pubienne fournie par des branches de la honteuse interne, ante-pubienne par la honteuse externe supérieure.

Ainsi constituée, cette symphyse n'est donc pas normalement une articulation au sens propre du mot, elle n'a qu'une solide immobilité.

Mais l'état de gravidité frappe toutes les pièces articulaires pelviennes, sacro-iliaques et pubiennes en particulier.

Les parties molles de la symphyse se gonflent par hypervascularisation : les cartilages sont épaissis et rouges, la cavité synoviale se développe ou peut se créer dans une articulation jusque-là symphysaire (CRUVEILHIER), les ligaments infiltrés s'allongent, deviennent moins résistants (CUBERTAFON) tous les tissus participant à la constitution de l'article se ramollissent (BUDIN).

Il en résulte la possibilité de mouvements que BUDIN a mis en évidence par la mobilisation des membres inférieurs. Et ce jeu de la symphyse qui va de pair avec un écartement double des pubis, augmente avec l'approche du terme.



## ETUDE CLINIQUE

Des 5 observations que nous rapportons et des observations retrouvées dans la littérature médicale, il est possible de dégager un tableau clinique typique des arthrites symphysaires suppurées du post partum en dehors de l'infection puerpérale.

Nos 5 observations s'échelonnent sur quatre ans (1937-1941) : il en résulte une fréquence apparente qui ne doit pas faire illusion et qui s'explique par la loi des séries puisque de 1927 à 1937 sur 21.000 accouchements du service du Dr TRILLAT il n'en fut point observé.

### Symptômes.

#### Le DÉBUT.

Apparaît généralement le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement; il est parfois plus traînant, mais les premiers signes sont généralement nets au cours de la première semaine.

Il se fait par une élévation thermique progressive de quelques dixièmes de degré par jour sur un mode oscillant.

En même temps, l'accouchée se plaint de douleurs pelviennes, vite localisées dans la région pubienne. Ces douleurs sont réveillées par les mouvements du

siège et des membres inférieurs. Elles sont précisées par la palpation de la symphyse pubienne.

Objectivement, il faut rechercher à la palpation un signe précoce mis en évidence par le D<sup>r</sup> TRILLAT : l'arête supérieure du pubis n'est plus horizontale, mais elle est le siège d'une voussure plus ou moins marquée, sous l'effet d'une infiltration œdémateuse précoce.

Au toucher vaginal on perçoit un œdème, une infiltration rétro-pubienne; on note également une involution utérine normale.

La radiographie pratiquée à cette période, dans une de nos observations ne donna aucun renseignement.

A côté de ce début typique, il faut connaître des formes de début où une symptomatologie abdominale est due à une contracture réflexe des muscles abdominaux, (observation du D<sup>r</sup> JEAN, de Toulon) et des formes où la douleur et la tuméfaction sont latéralisées, le plus souvent entre l'aîne droite et le pubis du même côté.

#### A la PÉRIODE D'ÉTAT.

Le tableau est caractéristique :

La température est arrivée à 39°.

Les douleurs sont assez intenses à toute tentative de mobilisation pour entraîner une impotence plus ou moins complète.

Une tuméfaction se dessine débordant en haut la symphyse et délimitée entre la main abdominale et le doigt vaginal; elle est généralement rétro-pubienne,

plus rarement anté-pubienne (observation III) ou légèrement latéralisée (observation I).

Dans les cas moyens elle a le volume d'une mandarine.

Cette tuméfaction chaude, douloureuse, va bientôt fluctuer et cette fluctuation précède de peu l'ouverture.

La radiographie à cette période montre des zones de décalcification et un certain degré d'élargissement inter-pubien.

### **Evolution.**

C'est généralement vers le 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour que l'ouverture de cette suppuration se fait, libérant une quantité abondante de pus, où l'on trouve à l'examen bactériologique du staphylocoque, du pneumocoque ou du streptocoque.

Cette ouverture se fait dans le vagin le plus souvent (observations II et III), dans la cavité de Retzius (2 cas de SOLIÉRI), dans la vessie (observation IV), dans la région ombilicale (cas de DELAHAYE, Sté de Chirurgie, 1927), dans le péritoine (cas de GUÉNEAU DE MUSSY, Sté Médicale des Hôpitaux de Paris, 1877).

Cette ouverture spontanée est parfois insuffisante (Observ. I).

C'est là, semble-t-il, l'évolution inéluctable des arthrites laissées à elles-mêmes. Nous présentons des observations où le traitement chirurgical a réalisé le drainage; et une observation où le traitement médical semble avoir fait avorter la suppuration.

Comme nous l'avons dit plus haut dans l'observation I, l'ouverture spontanée au 6<sup>e</sup> jour fut insuffisante et une rechute eut lieu pour laquelle il fallut intervenir chirurgicalement au 17<sup>e</sup> jour.

### **Séquelles et Complications.**

La séquelle de règle est la destruction symphysaire et l'écartement pubien consécutif. On l'apprécie cliniquement par les mouvements en « touches de piano » des pubis, à la mobilisation des membres inférieurs. La radiographie à cette période le montre avec évidence et permet de mesurer cet écartement.

La seule complication relevée dans nos observations est une phlébite (Obs. I).

## DIAGNOSTIC

L'apparition précoce après l'accouchement d'une température qui va monter progressivement en même temps que des douleurs inguinales ou pubiennes apparaissent, doivent faire rechercher les signes d'une tuméfaction symphysaire par la palpation du bord supérieur du pubis et par le toucher vaginal.

Au début, il sera facile d'éliminer une affection péritonéale qu'aurait pu évoquer une contracture réflexe des muscles abdominaux (Observation du Docteur JEAN).

Ou encore un hématome de la partie inférieure de la gaine du grand droit (Obs. I où ce diagnostic avait été discuté au début).

A la période d'état, quand la collection est constituée, le diagnostic ne se pose plus.

Dans les suites évolutives, c'est la radiographie qui fera le diagnostic des séquelles (diastasis) et le bilan des lésions osseuses.



## OBSERVATIONS

Les deux premières observations ont été déjà publiées par le D<sup>r</sup> TRILLAT (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1937). Les trois suivantes ont été recueillies dans son service de l'Hôtel-Dieu, de 1937 à 1941.

### OBSERVATION I.

Mme Fryd... Vitta, tertipare de 25 ans, accouche spontanément le 10 mai 1937 d'un enfant de 3.600 grammes après un travail de 2 heures.

Sa grossesse avait été bien supportée, elle n'avait jamais été malade.

Le lendemain de l'accouchement : douleurs intenses localisées par la malade dans l'aîne droite; impotence fonctionnelle du membre inférieur droit pour qui l'élévation, la flexion, l'abduction sont impossibles: élévation thermique progressive.

C'est au niveau du pubis droit et sur le bord de la symphyse que l'on trouve les points de pression douloureux; léger ballonnement abdominal sans contracture.

Le toucher vaginal décèle un léger empâtement rétro-symphysaire.

La température continue à monter en oscillant jusqu'à 39°.

Le 5<sup>e</sup> jour après l'accouchement, évacuation par le vagin d'une petite collection purulente, suivie d'une descente incomplète de la température à 38°5.

Le membre inférieur droit reste impotent, le toucher montre toujours un empâtement rétro-symphysaire et une douleur pubienne droite; l'utérus est en involution normale.

Le 12<sup>e</sup> jour, la température a de nouveau atteint 39° et le toucher et le palper montrent une petite masse fluctuante à droite de la ligne médiane, en arrière de la symphyse, avec une expansion au pli inguinal droit; elle s'arrête exactement à la ligne médiane.

Le 17<sup>e</sup> jour, comme la masse augmente, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et débordant la ligne médiane, on décide d'intervenir.

Le D<sup>r</sup> Albert TRILLAT pratique sous anesthésie générale une incision sus-pubienne, ouvre une collection purulente de 300 cc., d'un pus crémeux, vert, bien lié, sans odeur. L'exploration au doigt de la symphyse montre que le cartilage a été en partie détruit. L'os ne paraît pas présenter de lésion.

L'examen bactériologique montre du staphylocoque blanc et du pneumocoque.

Les suites immédiates sont très simples.

Le 10<sup>e</sup> jour : phlébite légère gauche et le 25 juillet la malade sort guérie du service.

Une radiographie pratiquée après guérison montrait un écart de 18 mm. entre les deux pubis : au lieu de 8 mm. sur une radiographie faite au 20<sup>e</sup> jour.

## OBSERVATION II.

Hem... Dul..., primipare de 20 ans, accouche spontanément à 8 mois 1/2 d'un enfant de 2.700 grammes après un travail de 10 heures.

Dès le lendemain, la température monte et la malade accuse une douleur pubienne que la palpation précise être nettement symphysaire; le toucher vaginal est alors négatif.

Au 3<sup>e</sup> jour : impotence fonctionnelle des membres inférieurs, abduction très douloureuse.

La malade présente une saillie de la région pubienne médiane. Cette région est très douloureuse au palper, surtout au niveau du bord supérieur de la symphyse et à droite où l'on trouve un empâtement localisé.

Au toucher vaginal : empâtement rétro-pubien (D<sup>r</sup> TRILLAT).

Le 5<sup>e</sup> jour après l'accouchement : évacuation par le vagin d'une collection purulente dont on ne trouve pas la fistule.

Cet écoulement persiste les jours suivants. Le col est normal, l'utérus en bonne involution.

Cette ouverture spontanée a amené une amélioration rapide. Au palper il persiste un peu d'empâtement du bord supérieur de la symphyse.

Un mois après l'écoulement vaginal persiste et il reste un point douloureux symphysaire.

Elle sort guérie du service le 7 avril, sans séquelles, les radiographies n'ont rien montré d'intéressant, pas même d'élargissement symphysaire.

### OBSERVATION III.

Mme Bal..., secondipare de 32 ans est reconnue comme ayant un bassin aplati et généralement rétréci; on l'a radiographiée, car en ville elle a eu un forceps pour son dernier accouchement, et l'enfant est né avec un enfoncement crânien.

Enceinte de 8 mois  $\frac{3}{4}$  on décide de provoquer un accouchement et on introduit une bougie le 7/12/38 que l'on enlève le 9/12.

Entre temps, la poche des eaux s'est rompue : liquide clair, mais malgré de fortes douleurs, la tête reste mobile au détroit supérieur : les eaux sont méconiales; B. C. +.

Le 11/12, accouchement en O. P. d'un enfant mort, de 2.800 grammes.

Dès le lendemain, l'accouchée se plaint de douleurs réveillées par tout mouvement; la miction est impossible : on est obligé de la sonder.

On supprime les douleurs spontanées par une ceinture très serrée et seuls restent les signes locaux : douleur très vive à la palpation de la symphyse.

Le 14/12, empâtement pré et sus-pubien.

Le 16/12 on sent une masse arrondie pré-pubienne débordant le bord supérieur de la symphyse.

Le 21/12, grosse émission de pus par le vagin.

Le 23/12, l'écoulement du pus persiste très fétide, mais l'inflammation sus et pré-pubienne diminue; il reste un noyau en haut et en arrière de la symphyse du volume d'une noix; le toucher vaginal est négatif; la paroi antérieure du vagin est souple.

La malade sort le 7 janvier guérie complètement, mais la radiographie montre une destruction symphysaire et un écartement des pubis assez considérable.

#### OBSERVATION IV.

Mme Sza..., secondipare de 33 ans a eu un 1<sup>er</sup> enfant de 3.070 grammes à terme, et vient d'avoir un forceps et une délivrance artificielle pour son second enfant, dans le Service, le 26 février 1940.

Le D<sup>r</sup> TRILLAT a fait noter à son sujet : « arc antérieur de moyenne courbure; transverse légèrement réduit; promontoire accessible à 10,5; sacrum avec faux promontoire peu saillant et concave » — « épaissement rétro-symphysaire ».

Le 5 mars, c'est-à-dire le 7<sup>e</sup> jour après l'accouchement, la malade se plaint de douleurs publiennes.

Au toucher vaginal (D<sup>r</sup> TRILLAT) : col déchiqueté en voie de reconstitution; dans le cul-de-sac gauche, induration douloureuse correspondant à la base du ligament large partant du col et se dirigeant vers la paroi pelvienne; symphyse douloureuse; épaissement rétro-symphysaire.

Le 13/3, la température qui est montée progressivement oscille entre 38,5/39° sans affecter l'état général. On sent une augmentation de la masse rétro-symphysaire qui remonte à un travers de doigt en dessus de la symphyse; la petite masse latérouterine gauche existe toujours, mais a diminué; elle est non douloureuse.

Le 19/3, la tuméfaction a grossi; elle fluctue; elle déborde la symphyse de 9 cm., elle est large de 11 cm.

Le 21/3 elle s'ouvre dans la vessie (strepto-staphylo).

Dès cette ouverture, tout s'amende : température, masse, douleur; il ne persiste qu'un point douloureux symphysaire et une mobilité anormale des pubis aux mouvements des membres inférieurs.

Le 10/4 tout est rentré dans l'ordre et la radiographie alors pratiquée montre un léger écartement pubien.

Et le 14/4 la malade sort du Service, guérie.

#### OBSERVATION V.

Mme Font... accouchait le 28 mars 1940 à terme et après forceps au détroit supérieur (D<sup>r</sup> TRILLAT) d'un enfant vivant de 2.900 grammes.

Le surlendemain 30 mars, la température montait à 39°5. Le 31 mars elle a 39°3. Le 1<sup>er</sup> avril la température retombe à 37°9.

Cette poussée thermique fut interprétée comme une endométrite légère et passagère.

Mais le 2 avril, la température remonte et le D<sup>r</sup> TRILLAT fait noter à l'examen : « la malade se plaint de douleurs à la symphyse: on sent très nettement un épaississement de la partie supérieure de la symphyse, voussure qui s'atténue sur les côtés. Au toucher vaginal : symphyse douloureuse; pas de bombement sur la face postérieure; il semble pourtant y avoir un peu d'œdème ».

Le 6 avril, la température est montée progressivement à 39°; la symphyse est très douloureuse; sa face postérieure est infiltrée; son bord supérieur surélevé.

On donne du 2090, sulfamide bien supporté à doses importantes (5 grammes par jour, soit 10 comprimés).

Dès le lendemain, la température commence à redescendre et les signes fonctionnels s'améliorent progressivement.

Le 8 avril, le D<sup>r</sup> TRILLAT fait noter : « au toucher vaginal on sent à la face postérieure de la symphyse et à droite de la ligne médiane un bourrelet peu douloureux; au palper, d'ailleurs, on sent la tuméfaction au-dessus de la symphyse déborder à droite la ligne médiane ».

Le 10 avril, après 4 jours à 10 comprimés de 2090, on note que tout est rentré dans l'ordre : température, douleurs, symphyse.

Et le 14 avril, la malade sort guérie du Service.

Une radiographie pratiquée avant le départ montre un élargissement symphysaire avec décalage des deux pubis, mais pratiquement, pas de destruction osseuse.

### ANALYSE DES OBSERVATIONS

#### *Antécédents :*

— en dehors de l'observation I, où un forceps a été fait pour le 1<sup>er</sup> enfant de cette secundipare — on ne relève rien de particulier — pas de tuberculose.

— le nombre des accouchements antérieurs est semblable sans intérêt : une primipare (obs. II), deux secundipares (obs. III et IV), une tertipare (obs. I), une quartipare (obs. V).

#### *Circonstances de l'accouchement :*

Bougie et accouchement spontané consécutif (obs. III).

Forceps au détroit supérieur (obs. V).

Forceps dans l'excavation (obs. IV).

2 accouchements spontanés (obs. I et II).

#### *Poids de l'enfant :*

De 2.700 à 3.600 grammes.

#### *En Résumé :*

On ne trouve rien à retenir au point de vue étiologique dans ces cinq observations, que trois cas de bassin rétréci.

## PATHOGENIE

Il peut sembler audacieux de tirer des conclusions pathogéniques de ces cinq observations personnelles et des quelques autres retrouvées dans les publications médicales. Aussi, nous nous bornerons donc à formuler des hypothèses.

Nous éliminerons de cette étude pathogénique, comme nous l'avons fait pour l'étude clinique, les suppurations publiennes que l'on observe comme métastases d'une infection puerpérale classique, et celles que les auteurs allemands décrivent comme secondaires à une propagation d'une suppuration de la cavité de Retzius.

**Prédisposition par la puerpéralité.** — Cet état favorise l'apparition des arthrites pelviennes comme le faisait déjà remarquer MANTELIN dans sa thèse.

**Prédisposition par rétrécissement du bassin.** — On ne peut s'empêcher de faire remarquer que sur ces cinq cas, trois concernent des bassins rétrécis.

Or, les recherches de GIRAUD et d'AUSIAUX, citées par JACQUEMIER et DUNCAU, tendent à établir que le relâchement des ligaments pelviens, qui survient au cours de la grossesse, serait plus accusé chez les femmes à bassin rétréci que chez les femmes à bassin normal.

Il y aurait donc incontestablement dans cet état spécial de la symphyse pelvienne un terrain favorable à la localisation de l'infection.

**Nature de l'infection.** — Dans sa publication de 1937, le D<sup>r</sup> TRILLAT insistait sur le fait que ces arthrites symphysaires étaient « primitives » en quelque sorte, qu'elles survenaient et évoluaient en dehors de toute infection puerpérale. Les trois autres observations que nous apportons confirment ce point. Dans aucun cas il ne fut relevé de signes généraux de l'infection puerpérale classique.

1) CUBERTAFON, dans sa thèse de Paris 1895, sur « les poly-arthrites pelviennes d'origine puerpérale » parle d'un réveil par la grossesse, de rhumatisme blennorrhagique; et dans leur publication dans le « Maroc Médical » LEEPINEY, GOUIN et SPEDER rapportent l'arthrite pubienne observée au gonocoque. La preuve de l'origine gonococcique des arthrites pubiennes relatées par ces auteurs n'a pas été faite.

2) JEAN, de Toulon, dans les Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie de Février 1928 parle d'ostéomyélite aiguë du pubis à propos d'une arthrite superposable à celles décrites dans cette thèse.

Nous n'avons pas trouvé, comme du reste cet auteur, de porte d'entrée dans nos observations, pas le moindre furoncle.

3) S'agit-il d'une phlébite infectieuse ayant son point de départ dans des lésions génitales ?

Nous relevons en faveur de cette hypothèse :

— *dans l'observation N° I :*

Une tuméfaction inguinale qui semble être la trace du cheminement de l'infection entre le canal inguinal et le pubis dont la suppuration n'est apparue que secondairement.

Or, dans ce canal inguinal passe le ligament rond et ses vaisseaux qui viennent de la corne utérine.

C'est dans les suites de cette arthrite que l'on observe une phlébite légère au 10<sup>e</sup> jour.

— *dans l'observation N° III :*

Il faut noter la mise en place d'une bougie, qui malgré l'asepsie d'usage dans cette intervention, a pu déterminer un certain degré d'endométrite.

— *dans l'observation N° IV :*

Le toucher vaginal montrait une inflammation de la base du ligament large à la paroi pelvienne dont l'évolution fut parallèle à l'arthrite pubienne.

— *dans l'observation N° V :*

La phase d'arthrite fut précédée d'une phase rapide d'endométrite.

Dans ces 4 observations, l'infection semble être venue de l'endomètre.



## TRAITEMENT

### Médical.

Ne peut être tel qu'avant la fluctuation.

Il est d'abord symptomatique : par les antialgiques courants; et par la mise en place d'une ceinture très serrée, qui soulage très rapidement la malade.

Il consiste ensuite dans l'administration de sulfamides qui font avorter les suppurations, comme ils font avorter un abcès de l'amygdale ou un anthrax.

Dans notre observation V nous avons employé le 2090 qui a été très bien supporté malgré de fortes doses (40 comprimés en 4 jours). La température et les signes locaux ont disparu progressivement dès l'institution de cette thérapeutique.

### Chirurgical.

A mettre en œuvre avant l'ouverture spontanée si le traitement abortif échoue.

« Il faut utiliser une voie qui permette d'explorer toutes les faces de l'articulation si c'est nécessaire, les abcès pouvant être multiples, et dans ce cas l'incision utilisée pour la symphysectomie qui ouvre, s'il le faut, la voie sous et rétro-pubienne est la plus favorable. On peut ouvrir largement l'articulation, pra-

tiquer au besoin l'excision à la curette ou aux ciseaux des débris du fibrocartilage; drainer au point déclive : évider, s'il existe un foyer d'ostéomyélite pelvienne ».

Telle est la méthode employée par le D<sup>r</sup> Albert TRILLAT dans l'intervention mentionnée dans l'observation n° I. Dans ce cas, l'ouverture chirurgicale au 17<sup>e</sup> jour suppléa à l'insuffisance de l'ouverture spontanée qui avait eu lieu au 5<sup>e</sup> jour et amena la guérison définitive de la malade...

C'est, du reste, la technique qu'avait préconisée le D<sup>r</sup> JEAN, de Toulon, dans les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie du 18 février 1928.

## CONCLUSIONS

1. — Les arthrites de la symphyse pubienne d'origine puerpérale et non métastatiques ont été très rarement observées.

Les cinq cas que nous rapportons sont les seuls qui ont été notés sur un total de 25.000 accouchements environ.

2. — L'affection évolue vers la guérison soit par résorption, soit par suppuration et ouverture spontanée, soit par drainage chirurgical.

3. — La destruction du cartilage symphysaire est souvent totale, elle fut vérifiée par les radiographies; mais elle n'entraîne aucun trouble fonctionnel ultérieur.

4. — La pathogénie de l'affection est impossible à préciser; nous noterons que sur nos cinq malades, trois présentent des bassins rétrécis.

*Vu : Le Doyen,*  
JEAN LÉPINE.

*Vu : Le Président de la Thèse,*  
VORON.

*Vu et Permis d'Imprimer :*

Lyon, le 23 avril 1941.

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LYON,  
P. E. GAU.

## BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — « Rhum., blen. et puerpéralité » (*Presse Médicale*, 1895).
- BEGOUIN. — « Le pseudo rhum. puerpéral, son identité avec le rhum. blen. » (*Annales de Gynéco.*, Janvier 1898).
- COMMANDEUR et EPARVIER. — « Arthrite suppurée de la symphyse au cours de l'infection puerpérale ». (*Lyon Médical*, 1921).
- CUBERTAFON. — « Polyarthrites pelviennes d'origine puerpérale ». (*Thèse Paris*, 1895).
- JEAN DE TOULON. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Février 1928.
- KABETH. — *Zentralblat f. gyneck.* 45 : 1367. Sept. 1921.
- LEEPINEY et GOUIN. — *Maroc Médical*, Juillet 1933.
- MARCUCCI. — *Clin. Obst.* 35 : Janvier 1933.
- MONSAINGEON. — « Ostéomyélite aiguë de l'os iliaque ». (*Thèse Paris*, 1911).
- NIOLATO. — *Clin. Obst.* 29 : Juin 1927.
- SOLIERI. — *Policlinico* 30 : Juin 1923.
- TRILLAT et PROST. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*. Novembre 1937.
- ZOLI. — *Policlinico* 31 : Juillet 1924.



